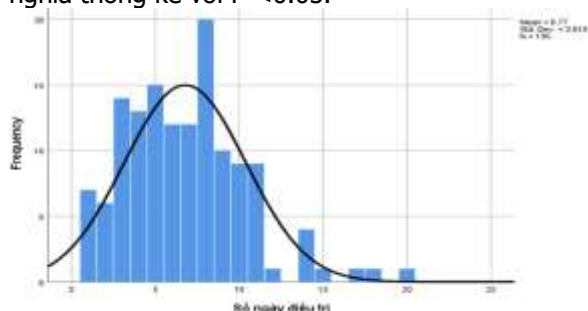


Nhận xét: Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có triệu chứng phù, nhịp tim trên 90 lần/phút và huyết áp trên 140/90mmHg khác biệt với nhóm không có triệu chứng trên không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$). Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có triệu chứng khó thở (5497.40 pg/mL) lớn hơn so với nhóm bệnh nhân không triệu chứng khó thở (1531.18 pg/mL), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm suy tim phân suất tống máu giảm (11038.50 pg/mL) lớn hơn so với nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn và giảm vừa (3258.52 pg/mL), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$.



Biểu đồ 2: Biểu đồ số ngày điều trị suy tim

Nhận xét: Số ngày nằm viện trung bình trong 1 đợt điều trị của bệnh nhân suy tim cấp là 6.77 ± 3.61 ngày

Bảng 6. Tương quan giữa số ngày điều trị và giá trị NT-proBNP

Tương quan giữa số ngày điều trị và giá trị NT-proBNP		proBNP lần 1	Số ngày điều trị
proBNP lần 1	Correlation Coefficient	1.000	.018
	Sig. (2-tailed)	.	.832
	N	136	136
Số ngày điều trị	Correlation Coefficient	.018	1.000
	Sig. (2-tailed)	.832	.
	N	136	136

Nhận xét: Mỗi tương quan giữa giá trị NT-proBNP và thời gian điều trị được xác định bằng hệ số tương quan Spearman ($r = 0.018$, $p = 0.832$). Kết quả cho thấy có tương quan thuận, mức trung bình và không có ý nghĩa thống kê giữa hai biến.

Bảng 7. So sánh giá trị trung bình giữa hai lần xét nghiệm NT proBNP

	Giá trị trung bình	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
proBNP lần 1	7147.79	53	9023.994	1239.541
proBNP lần 2	5122.81	53	8136.670	1117.658

Nhận xét: Giá trị trung bình NT-proBNP sau điều trị giảm từ 7147.79 pg/mL xuống 5122.81

pg/mL có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($t(52) = 3.037$, $p < 0.005$). Tỷ lệ được làm lại NT-proBNP lần 2 là 38.97%. Thời gian khoảng cách trung bình là 3.92 ± 1.56 ngày bệnh nhân được làm lại xét nghiệm NT-proBNP.

IV. BÀN LUẬN

Trong năm 2024 chúng tôi đã nghiên cứu trên 136 người bệnh được chẩn đoán suy tim cấp tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

Giá trị trung bình tuổi là 78,93, độ phân bố 78.93 ± 11.315 tuổi, cho thấy tuổi được chẩn đoán suy tim cấp hay gặp nhất là nhóm bệnh nhân trên 75 tuổi. Tỷ lệ suy tim cấp tăng lên theo tuổi, với nhóm < 55 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6.2%, cao nhất với nhóm > 75 tuổi. Kết quả tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức năm 2015 [2]

Giá trị NT-proBNP trung bình là 5001.62 pg/mL, thấp hơn giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm < 55 tuổi (7070.00pg/mL) và nhóm > 75 tuổi (5431.37pg/mL), cao hơn giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm 55-75 tuổi (3586.05pg/mL). Giá trị $P = 0.062 > 0.05$ cho thấy giá trị trung bình NT-proBNP của các nhóm tuổi khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Lí giải về việc nhóm tuổi < 55 tuổi có giá trị trung bình NT-proBNP cao nhất và chiếm tỷ lệ mắc suy tim thấp nhất, chúng tôi nhận thấy nhóm đối tượng này chủ yếu mắc bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh. Bên cạnh đó, nhóm tuổi trên 75 tuổi chiếm tỷ lệ suy tim cao nhất do nhóm đối tượng này chủ yếu suy tim tuổi già và suy tim là hậu quả của quá trình suy giảm chức năng thận theo tuổi, bệnh nền như tăng huyết áp, suy thận.

Tỷ lệ mắc suy tim cấp giữa 2 giới là ngang nhau tương tự nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức năm 2015, mặc dù kết quả nghiên cứu có tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (58,6% so với 41,4%), nhưng khi kiểm định của tác giả cho thấy không có sự khác biệt [2]. Giá trị trung bình NT-proBNP ở nam giới 4377.29 pg/mL thấp hơn ở nữ giới 5625.95 pg/mL, tuy nhiên với $P > 0.05$ cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 giới.

Nhóm không có tiền sử suy tim được chẩn đoán suy tim chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm bệnh nhân có tiền sử suy tim. Tuy nhiên giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử suy tim là 8239.43 pg/mL, lớn hơn nhóm bệnh nhân chưa có tiền sử suy tim là 3058.94 pg/mL, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Cho thấy giá trị trung bình NT-proBNP phụ thuộc vào tiền sử suy tim của bệnh nhân. Có thể lí giải rằng, bệnh nhân không tầm soát bệnh nền, vào

viện với tình trạng khó thở, được chẩn đoán suy tim cấp là chẩn đoán lần đầu cùng với tăng huyết áp, suy thận, bệnh mạch vành... do vậy tỉ lệ mắc suy tim cao hơn ở nhóm không có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận,...

Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử tăng huyết áp (5081.62pg/mL) và suy thận (11307.18 pg/mL) lớn hơn so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử 2 bệnh này, tuy nhiên chỉ có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$ giữa 2 nhóm có và không có tiền sử suy thận. Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử đái tháo đường, stent ĐMV, rung nhĩ, hen phế quản và COPD đều thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử các bệnh kể trên, và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$). Ở những bệnh nhân tăng huyết áp không kiểm soát sẽ làm phì đại thất trái, thay đổi cấu trúc cơ tim và mạch vành nên dễ dàng gây suy tim sung huyết. Trong nghiên cứu suy tim cấp (ADHERE) được thực hiện tại Hoa Kỳ, năm 2006, trên 100.000 bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân suy tim mất bù có tiền sử tăng huyết áp $> 90\%$. Ở những bệnh nhân suy tim cấp có chức năng thất trái bảo tồn chiếm tỷ lệ cao hơn so với những bệnh nhân có phân suất tống máu giảm [3].

Mặt khác theo nghiên cứu của tác giả Tạ Mạnh Cường [1] cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ NT-ProBNP ở bệnh nhân suy tim có nguyên nhân khác nhau (suy tim do tăng huyết áp, bệnh van tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ v.v...). Như vậy, cho dù bất kỳ nguyên nhân nào gây ra suy tim, nồng độ NT-proBNP trong huyết thanh phản ánh mức độ suy tim hơn là nguyên nhân gây ra suy tim.

Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có triệu chứng phù, nhịp tim trên 90 lần/phút và huyết áp trên 140/90mmHg khác biệt với nhóm không có triệu chứng trên không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$). Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có triệu chứng khó thở (5497.40 pg/mL) lớn hơn so với nhóm bệnh nhân không triệu chứng khó thở (1531.18 pg/mL), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm suy tim phân suất tống máu giảm (11038.50 pg/mL) lớn hơn so với nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn và giảm vừa (3258.52 pg/mL), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$ cho thấy BNP tăng một cách có ý nghĩa [4]. Nghiên cứu của Tạ Mạnh Cường và cộng sự về nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim mạn tính trên 106 đối tượng thấy EF càng thấp thì nồng độ NT-proBNP càng cao, EF tương quan nghịch với NT-proBNP ($r = -0.4$; $p < 0.001$) [1].

Số ngày nằm viện trung bình trong một đợt điều trị của bệnh nhân suy tim cấp là 6.77 ± 3.61 ngày, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm có tiền sử suy tim và không có tiền sử suy tim. Tổng kết các nghiên cứu về suy tim cấp đã cho thấy thời gian nằm viện của bệnh nhân ở các nước Châu Âu khoảng 6 – 14 ngày, trung bình là 9 ngày, gấp hơn 2 lần thời gian điều trị tại Hoa Kỳ (trung bình 4,3 ngày). Tuy nhiên, trong nghiên cứu EFICA lại cho thấy thời gian nằm viện dài hơn, trung bình là 15,1 ngày ở bệnh nhân có sốc tim và 14,5 ngày ở những bệnh nhân suy tim cấp không có biến chứng sốc. Tác giả cũng cho rằng có lẽ sự khác biệt này là do sự khác về địa lý, công tác tổ chức và hệ thống chăm sóc y tế của từng quốc gia [5].

Giá trị trung bình NT-proBNP sau điều trị giảm từ 7147.79 pg/mL xuống 5122.81 pg/mL có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($t(52) = 3.037$, $p < 0.005$). Theo nghiên cứu của Yancy W.C, giá trị BNP đo được lúc nhập viện trung bình: $1676,77 \pm 1231,22$ pg/ml, sau điều trị nồng độ trung bình $1533,75 \pm 1125,51$ pg/ml. Khi so sánh nồng độ BNP giữa 2 nhóm trước và sau điều trị, Yancy W.C nhận thấy có sự khác biệt ý nghĩa ($p < 0,05$). Với mức BNP đo được lúc vào viện này cho thấy các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đang bị suy tim nặng và có hiện tượng quá tải về thể tích. Theo y văn có mối tương quan nghịch giữa nồng độ NT-proBNP với chức năng tâm thu thất trái. Điều này có nghĩa là nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân càng tăng thì chức năng tâm thu thất trái càng giảm. Với mức NT-proBNP đo được lúc vào viện này cho thấy các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đang bị suy tim nặng và có hiện tượng quá tải về thể tích [3].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận. Độ tuổi chủ yếu suy tim cấp là > 75 tuổi chiếm 74.3% và là nhóm có giá trị NT-proBNP cao thứ 2 sau nhóm < 55 tuổi. Tỷ lệ mắc suy tim cấp giữa 2 giới là ngang nhau, và giá trị NT-proBNP tương đương nhau.

Nhóm không có tiền sử suy tim được chẩn đoán suy tim chiếm tỉ lệ cao hơn là 62,5% so với nhóm bệnh nhân có tiền sử suy tim (37,5%). Tuy nhiên giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử suy tim là 8239.43 pg/mL lớn hơn đáng kể nhóm bệnh nhân chưa có tiền sử suy tim là 3058.94 pg/mL, cho thấy giá trị trung bình NT-proBNP phụ thuộc vào tiền sử suy tim của bệnh nhân.

Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm suy tim phân suất tống máu giảm (11038.50 pg/mL) lớn

hơn so với nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn và giảm vừa (3258.52 pg/mL), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$.

Giá trị trung bình NT-proBNP sau điều trị giảm từ 7147.79 pg/mL xuống 5122.81 pg/mL có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Thời gian khoảng cách trung bình là 3.92 ± 1.56 ngày bệnh nhân được làm lại xét nghiệm NT-proBNP.

5.2. Kiến nghị

1. Để chẩn đoán suy tim cần dựa vào xét nghiệm định lượng NT-proBNP kết hợp với triệu chứng khó thở hoặc phù và tiền sử bệnh của bệnh nhân. Tuổi > 75 cũng là một gợi ý đến chẩn đoán suy ở bệnh nhân khó thở.

2. Cần làm lại xét nghiệm định lượng NT-proBNP để đánh giá hiệu quả điều trị và định hướng phác đồ điều trị sau khoảng 3 ngày.

3. So sánh giữa giá trị NT-proBNP nền của bệnh nhân có tiền sử suy tim với giá trị NT-proBNP khi bệnh nhân nhập viện để chẩn đoán đợt cấp suy tim mạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Mạnh Cường, Phạm Thắng, Phan Thanh Nhung** (2010) "Nghiên cứu nồng độ NT-ProBNP huyết thanh ở bệnh nhân suy tim mạn tính", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 1, tháng 4 năm 2010.
2. **Nguyễn Tiến Đức** (2015), Nghiên cứu nồng độ BNP huyết thanh ở bệnh nhân phù phổi cấp do tim được thở máy áp lực dương không xâm lấn, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Dược Huế.
3. **Yancy W.C., Lopatin M., Stevenson W.L.** (2006), Clinical presentation, Management, and In-Hospital Outcome of Patients Admitted With Acute Decompensated Heart Failure With Preserved Systolic Function. A Report From the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE) Database, J Am Coll Cardiol, 47, pp. 76 – 84
4. **Hunt SA, Abraham WT, Chin MH,** (2005), "ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in Adult", Journal of American College of Cardiology, pp 1-82
5. **Mebazaa A.** (2008), Definitions of Acute Heart Failure Syndromes, Acute Heart Failure, Springer (1), pp. 5 - 12.

KHẢO SÁT KẾT QUẢ NUÔI CẤY VÀ ĐỊNH DANH VI SINH VẬT TRONG CÁC MẪU BỆNH PHẨM NUÔI CẤY VI SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN TỪ THÁNG 9/2024 ĐẾN THÁNG 9/2025

Vũ Tuấn Dũng¹, Vũ Thị Mai Uyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ dương tính của các mẫu bệnh phẩm nuôi cấy và các căn nguyên gây bệnh thường gặp trong các mẫu bệnh phẩm đó. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1476 mẫu bệnh phẩm nuôi cấy vi sinh tại khoa Xét nghiệm - Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn từ tháng 9/2024 đến tháng 9/2025. **Kết quả:** Tổng số bệnh phẩm nuôi cấy có 1476 mẫu, trong đó mẫu bệnh phẩm dương tính là 377 chiếm 25.5%. Bệnh phẩm có tỉ lệ dương tính cao nhất là mủ chiếm 68,4% rồi lần lượt đến nước tiểu 45%, đờm 42.9%, dịch sinh dục ở phụ nữ có thai là 19.6%, máu là 19%. Trong các căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết, chiếm tỉ lệ cao nhất là E.coli chiếm 39.8%. Căn nguyên gây bệnh nhiều nhất trong bệnh phẩm mủ là S.aureus chiếm 66.8. Căn nguyên gây bệnh nhiều nhất trong bệnh phẩm đờm là A.baumani và P.aeginosa chiếm tỉ lệ 25. Căn nguyên gây nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất là E.coli chiếm 50%.

SUMMARY

SURVEY ON CULTURE RESULTS AND IDENTIFICATION OF MICROORGANISMS IN CULTURE SAMPLES AT SOC SON GENERAL HOSPITAL FROM SEPTEMBER 2024 TO SEPTEMBER 2025

Objective: Determine the positive rate of cultured specimens and common pathogens in those specimens. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 1476 microbiological cultured specimens at the Laboratory Department - Soc Son General Hospital from September 2024 to September 2025. **Results:** There were 1476 specimens in total, of which 377 were positive, accounting for 25.5%. The specimen with the highest positive rate was pus, accounting for 68.4%, followed by urine at 45%, sputum at 42.9%, genital fluid in pregnant women at 19.6%, and blood at 19%. Among the causes of bacteremia, the highest rate was E.coli at 39.8%. The most common pathogen in pus specimens was S.aureus at 66.8%. The most common pathogens in sputum specimens were A.baumani and P.aeginosa, accounting for 25%. The most common cause of urinary tract infections was E.coli, accounting for 50%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuôi cấy và định danh vi sinh vật là kỹ thuật vi sinh cơ bản được thực hiện trong phòng xét

¹Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Mai Uyên

Email: maiuyenbvdckss@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

nghiệm hiện nay. Trong bối cảnh gia tăng số lượng bệnh nhân mắc các bệnh truyền nhiễm và kháng thuốc, việc nuôi cấy và định danh vi sinh vật trở thành một công đoạn không thể thiếu trong quy trình chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.

Bắt đầu từ tháng 9 năm 2024, khoa xét nghiệm Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn đã triển khai kỹ thuật nuôi cấy định danh vi sinh vật để có những đánh giá ban đầu về nguyên nhân gây nhiễm trùng của các bệnh nhân điều trị nội trú cũng như bệnh nhân làm xét nghiệm sàng lọc trước sinh tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tiễn đó chúng tôi quyết định nghiên cứu đề tài: "*Khảo sát kết quả nuôi cấy và định danh vi sinh vật trong các mẫu bệnh phẩm nuôi cấy tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 9 năm 2025*" với hai mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ dương tính của các mẫu bệnh phẩm nuôi cấy.
2. Xác định tỉ lệ căn nguyên gây bệnh thường gặp trong từng loại bệnh phẩm

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là tất cả các mẫu bệnh phẩm có chỉ định nuôi cấy vi sinh tại Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn từ tháng 9/2024 đến tháng 9/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ dương tính chung của tất cả các loại bệnh phẩm. Tổng số bệnh phẩm nuôi cấy có 1476 mẫu, trong đó mẫu bệnh phẩm dương tính là 377 chiếm 25.5%, mẫu bệnh phẩm âm tính là 1099 chiếm 74.5%.

Trong số 377 mẫu dương tính có 162 mẫu là vi khuẩn Gram âm chiếm 43%, 200 mẫu là vi khuẩn Gram dương chiếm 53%, 15 mẫu là nấm chiếm 4%.

3.2. Tỷ lệ dương tính của từng loại bệnh phẩm

Bảng 3.1: Tỷ lệ dương tính của từng loại bệnh phẩm

Bệnh phẩm	Tổng số bệnh phẩm	Bệnh phẩm dương tính	Tỷ lệ %
Máu	463	88	19.0
Mủ	57	39	68.4
Đờm	56	24	42.9
Nước tiểu	189	85	45.0
Dịch sinh dục phát hiện liên cầu B	684	134	19.6
Dịch âm đạo	1	1	100

Dịch chọc dò	1	1	100
Dịch màng phổi	2	1	50
Dịch trong tai	1	1	100
Dịch não tủy	2	0	0
Dịch ty hầu	2	1	50
Phân	12	0	0
Đầu catheter	6	2	33.3
Tổng số	1476	377	25.5

Nhận xét: Bệnh phẩm có tỉ lệ dương tính cao nhất là mủ chiếm 68,4% rồi lần lượt đến nước tiểu 45%, đờm 42.9%, xét nghiệm dịch sinh dục phát hiện liên cầu B ở phụ nữ có thai là 19.6%, máu là 19%.

3.2.1. Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm máu

Bảng 3.2: Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm máu theo các độ tuổi

Đặc điểm về tuổi	Số ca dương tính	Tỷ lệ %
≤18 tuổi	1	1.1
≥19 tuổi đến ≤39 tuổi	1	1.1
≥40 tuổi đến ≤59 tuổi	12	13.6
≥60 tuổi	74	84.2
Tổng số	88	100

Nhận xét: Trong các bệnh phẩm cấy máu dương tính, độ tuổi ≥60 tuổi có 74 mẫu chiếm tỉ lệ cao nhất là 84.2%.

3.2.2. Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm mủ theo giới

Giới	Số ca dương tính	Tỷ lệ %
Nam	48	54.5
Nữ	40	45.5
Tổng số	88	100

Nhận xét: Trong cấy máu thì tỉ lệ dương tính của nam chiếm 54.5%, nữ là 45.5%.

3.2.2. Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm mủ

Bảng 3.4: Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm mủ theo tuổi

Đặc điểm về tuổi	Số ca dương tính	Tỷ lệ %
≤18 tuổi	1	2.5
≥19 tuổi đến ≤39 tuổi	5	12.8
≥40 tuổi đến ≤59 tuổi	6	15.4
≥60 tuổi	27	69.6
Tổng số	39	100

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính cao nhất ở bệnh phẩm mủ theo tuổi là ≥60 tuổi là 27 mẫu chiếm 69.6%.

3.2.2. Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm mủ theo giới

Giới	Số ca dương tính	Tỷ lệ %
Nam	22	56.4
Nữ	17	43.6
Tổng số	39	100

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính trong bệnh phẩm mủ ở nam là 22 mẫu chiếm 56.4% nữ là 17 mẫu chiếm 43.6%.

3.2.3. Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm đờm

Bảng 3.6: Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm đờm theo tuổi

Đặc điểm về tuổi		Số ca dương tính	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	≤18 tuổi	0	0
	≥19 tuổi đến ≤39 tuổi	1	4.2
	≥40 tuổi đến ≤59 tuổi	3	12.5
	≥60 tuổi	20	83.3
Tổng số		24	100

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính cao nhất của bệnh phẩm đờm theo tuổi là ≥60 tuổi chiếm 83.3%.

Bảng 3.7: Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm đờm theo giới

Giới	Số ca dương tính	Tỷ lệ %
Nam	20	83.3
Nữ	4	16.7
Tổng số	24	100

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính đối với bệnh phẩm đờm của nam là 83.3%, nữ là 16.7%.

3.2.4. Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm nước tiểu

Bảng 3.8: Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm nước tiểu theo tuổi

Đặc điểm về tuổi		Số ca dương tính	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	≤18 tuổi	1	1.1
	≥19 tuổi đến ≤39 tuổi	6	7.1
	≥40 tuổi đến ≤59 tuổi	7	8.1
	≥60 tuổi	71	83.7
Tổng số		85	100

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính ở bệnh phẩm nước tiểu theo tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm ≥60 tuổi là 83.7%.

Bảng 3.9: Tỷ lệ dương tính của bệnh phẩm nước tiểu theo giới

Giới	Số ca dương tính	Tỷ lệ %
Nam	31	35.2
Nữ	54	64.8
Tổng số	88	100

Nhận xét: Tỷ lệ dương tính trong bệnh phẩm nước tiểu của nữ chiếm 64.8% nam là 35.2%.

3.3. Tỷ lệ các căn nguyên gây bệnh thường gặp trong các loại bệnh phẩm

Bảng 3.10: Các căn nguyên gây bệnh thường gặp trong bệnh phẩm máu

Căn nguyên	Số ca	Tỷ lệ %
E.coli	35	39.8
S.aureus	9	10.2
A.baumani	6	6.8

K.pneumoniae	8	9.1
Các loại khác	30	34.1
Tổng số	88	100

Nhận xét: Trong các căn nguyên gây nhiễm khuẩn huyết, chiếm tỉ lệ cao nhất là E.coli chiếm 39.8%, tiếp theo là tụ cầu vàng chiếm 10.2%

Bảng 3.11: Các căn nguyên gây bệnh thường gặp trong bệnh phẩm mủ

Căn nguyên	Số ca	Tỷ lệ %
S.aureus	26	66.8
E.coli	5	12.8
P.aeruginosa	2	5.1
K.aerogenes	2	5.1
Loại khác	4	10.2
Tổng số	39	100

Nhận xét: Căn nguyên gây bệnh nhiều nhất trong bệnh phẩm mủ là S.aureus chiếm 66.8%, tiếp theo là E.coli chiếm 12.8%.

Bảng 3.12: Các căn nguyên gây bệnh thường gặp trong bệnh phẩm đờm

Căn nguyên	Số ca	Tỷ lệ %
A.baumani	6	25
P.aeruginosa	6	25
K.pneumoniae	5	20.8
Loại khác	3	29.2
Tổng số	24	100

Nhận xét: Căn nguyên gây bệnh nhiều nhất trong bệnh phẩm đờm là A.baumani và P.aeruginosa chiếm tỉ lệ 25%, tiếp theo là K.pneumoniae chiếm 20.8%.

Bảng 3.13: Các căn nguyên gây bệnh thường gặp trong bệnh phẩm nước tiểu

Căn nguyên	Số ca	Tỷ lệ %
E.coli	43	50.1
Enterococcus.spp	16	18.8
Nấm Candida	9	10.8
K.pneumoniae	8	9.5
Loại khác	9	10.8
Tổng số	85	100

Nhận xét: Trong các căn nguyên gây nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất là E.coli chiếm 50.1%, tiếp theo là nhóm Enterococcus.spp chiếm 18.8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ dương tính trong các bệnh phẩm. Trong 1476 mẫu bệnh phẩm nuôi cấy tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn từ tháng 9/2024 đến tháng 9 năm 2025 có 377 mẫu dương tính, chiếm tỉ lệ 25.5%. Trong 377 mẫu dương tính có 43% là vi khuẩn Gram âm, 53% là vi khuẩn Gram dương, 4% là nấm. Bệnh phẩm chiếm số lượng nuôi cấy nhiều nhất là dịch âm đạo- trực tràng dương tính chiếm tỉ lệ 19.6%. Theo kết quả nghiên cứu của nhóm tác